



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/3/10 11/2/10 4-Dia de Autorização 12/9/10 11/2/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7343330 7-Dia Validade da Senha 12/2/10 14/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 10102102152759961000101031 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CLAUDEMIR VALENTIM DE MORAES 21/03/1987 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano AMANDA CAMPOS MASCARENHAS DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 17-Nome do Profissional Solicitante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 18-Número no CRO 16213 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1809196219827151 22-Nome do Contratado Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 23-Número no CRO 16213 24-UF RJ 25-Código CNES 117102120 26-Nome do Profissional Executante RENATA PINTO SARDENBERG COSTA 27-Número no CRO 16213 28-UF RJ 29-Código CBO S 117102120

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Class	42-Autorização
1-0	01854100084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	24	1	1	154100	0100	13	17	02	17	02
2-0	01854100262	PINO PRE-FABRICADO	24	1	1	118100	0100	13	17	02	17	02
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Dia Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação: Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (o/s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Anexar RX inicial e final do pino e foto final da coroa para análise na produção

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

54-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 55-Dia, local e Carimbo da Empresa